In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Cours 5ème année de médecine.
Pr CHERFI. Maternité CHUMA

LA RUPTURE UTERINE

I- INRODUCTION

La rupture utérine est un événement rare mais grave. Il peut entraîner de graves complications pour la mère et le bébé, tels qu'un choc hémorragique, hystérectomie d'hémostase, encéphalopathie hypoxo-ischémique, lésions cérébrales permanentes et même la mort.

Définition : C'est toute solution de continuité, complète ou incomplète non chirurgicale, qui touche la paroi utérine d'un utérus gravide, survenant pendant la grossesse ou le travail.

La RU sur utérus sain est exceptionnelle dans les pays à haut niveau socio-économique. Son incidence est estimée entre 0,3 et 0,8 pour 10 000 accouchements. Elle est beaucoup plus élevée dans les pays émergeants : la fréquence est proportionnelle au niveau de soin offert (1/100 à 1/3000).
Cependant partout on note une augmentation en rapport avec celle des césariennes, 8 à 50% des RU surviennent sur un utérus cicatriciel.
Actuellement la mortalité fœtale reste importante pouvant atteindre 30-50%, la mortalité maternelle est encore possible, et fonction de la célérité de prise en charge.

II- CLASSIFICATION

1/ RU sur utérus sain :
- Rupture complète : il s'agit d'une rupture de toute l'épaisseur de la paroi utérine. Le sac amniotique peut ne pas être rompu. Le fœtus est dans la cavité abdominale, mort le plus souvent.
- Rupture incomplète : le péritoine, et/ou la couche superficielle du myomètre sont intacts.

2/ RU sur utérus cicatriciel :
- Peut être également complète, intéressant toutes l'épaisseur de la paroi utérine au niveau de la cicatrice. Se rencontre après une césarienne corporéale.
- Incomplète, ou déhiscence par désunion des cicatrices segmentaires, membranes restant intactes.

III- LOCALISATION

- Le siège le plus fréquent est le segment inférieur (80%), corporéale pour le reste. La déchirure peut se propager vers le col, le vagin, la vessie.

IV- FACTEURS DE RISQUE

➢ Facteurs favorisants la RU spontanée : La multiparité (>>4), un travail long (>15h), niveau socio-économique bas ; une disproportion fœto-pelvienne (macrosomie fœtale globale ou localiséeet/ou bassin rétréci), présentation vicieuse, sur-distension utérine (hydramnios, grossesse multiple) ; les

malformations utérines (utérus pseudo-unicorne) ; un placenta accreta, une endométriose utérine ; un obstacle prævia.

- RU provoquées : utilisation d'utéro-toniques (ocytocine, prostaglandines+++), manœuvres obstétricales (VMI, grande extraction du siège, expression utérines, ou manœuvres instrumentales (forceps)

- Facteurs favorisants la rupture d'utérus cicatriciel : antécédent de rupture utérine, cicatrice corporéale; antécédent d'utérus pluri-cicatriciel et d'un intervalle inférieur à 6 mois avant la grossesse suivante. Cicatrice après chirurgie gynécologique (myomectomie) avec effraction de la cavité utérine, perforation utérine traumatique (curetage, hystéroscopie…) hystéroplastie, salpingectomie avec résection de la portion interstitielle de la trompe.

Le risque de RU apparaît diminué en cas d'accouchement antérieur par voie vaginale

V- FORMES CLINIQUES

RU précoce, avant 6 mois de grossesse : rupture de corne utérine après salpingectomie, rupture d'un utérus malformé, rupture isthmique après IMG pratiquée par voie haute.

RU à diagnostic retardé : du fait d'une anesthésie péridurale, ou découverte après un accouchement lors de la révision utérine, ou encore découverte en cours de césarienne réalisée pour souffrance fœtale, défaut de descente ou arrêt de dilatation.

VI- CLINIQUE

1-Forme classique : Rupture utérine pendant le travail.

Le tableau comprend : une douleur abdominale d'apparition brutale, intense, suivie de la disparition des contractions utérines.

Un malaise général s'installe rapidement, conséquence du choc hypovolémique.

Une sensation de coulée dans le ventre et une hémorragie vaginale, peu abondante, faite de sang rouge, qui n'explique pas l'état de choc.

L'examen physique retrouve un fœtus haut dans le ventre, les contours de l'utérus ne sont plus retrouvés. En sus pubien, la palpation objective une douleur exquise correspondant à l'utérus rompu. La paroi abdominale n'est pas en contracture. Le fœtus est palpé sous la peau, les BCF ont disparu.

2-Le syndrome de pré-rupture : conséquence d'une disproportion fœto-pelvienne négligée.

Après un travail anormalement long, les contractions se rapprochent, avec un mauvais relâchement utérin, le col s'œdématie. Une rétraction utérine s'installe et s'aggrave progressivement, le segment inférieur plus souple est étiré au maximum, et le corps utérin est en contraction extrême, avec à la jonction la formation d'un anneau de rétraction : anneau de Bandl-Frommel, donnant à l'utérus une forme en sablier. Cette phase est marquée par des douleurs intenses entrainant anxiété et agitation. Une souffrance fœtale aigue (bradycardie, ou tracé restreint du RCF) s'installe pouvant aboutir à une mort in utéro avant même la rupture utérine proprement dite (telle que déjà décrite).

VII- PLACE DE L'ECHOGRAPHIE

Dans le suivi obstétrical de la patiente avec utérus cicatriciel, la mesure de l'épaisseur du myomètre par échographie a été étudiée. Une épaisseur de moins de 2 à 3 mm du segment inferieur, est à risque de rupture utérine. Cependant le consensus n'est pas établi.

VIII- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Se pose devant l'apparition d'une hémorragie du troisième trimestre : placenta prævia, hématome rétro-placentaire essentiellement. Le contexte et les circonstances de survenue de ces complications de la grossesse permettant le diagnostic différentiel.

Le diagnostic différentiel du syndrome douloureux abdomino-pelvien aigu, peut faire évoquer une appendicite aigue, une occlusion, une colique néphrétique d'autant que la grossesse est jeune,, et/ou ignorée. Cependant l'hémopéritoine avec signes de choc oblige à une laparotomie et fait le diagnostic.

IX- TRAITEMENT

Sa prise en charge nécessite une laparotomie immédiate. La rupture devant l'hémorragie est une urgence chirurgicale, conjointement une réanimation adéquate sera entreprise.

Technique :
-suture de la brèche utérine ; précédée d'un bilan des lésions. La suture se fait par des points séparés extra-muqueux en un seul plan. La ligature des trompes doit être envisagée en cas de lésions importantes ou graves ou chez les multipares ayant satisfait le désir de grossesse.
-l'hystérectomie ne sera envisagée qu'en cas de lésion très importantes ou de réparation impossible.

Les indications dépendent donc de la gravité du tableau, de la gravité, du désir ultérieur de grossesse. Une suture simple de a brèche utérine.

X- PREVENTION

La fréquence des RU est inversement proportionnel à la qualité de la surveillance médicale de la grossesse et du travail qui doivent dépister les risques de rupture utérine : diagnostiquer les utérus cicatriciels, les présentations dystociques, les disproportions fœto-pelvienne, les anomalies du bassin.

Une grossesse ultérieure n'est pas contre-indiquée, mais le risque de récurrence de RU est élevé et une césarienne avant travail est alors recommandée.

CONCLUSION

Si l'amélioration de la prise en charge des grossesses a diminué fortement l'incidence des RU spontanées, l'augmentation des césariennes est responsable de 40 à 50% de RU.